

A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA MÉDICA – UM CASO DE SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA

THE IMPORTANCE OF MEDICAL SEMIOLOGY – A CASE OF SUBCLAVIAN STEAL SYNDROME

João R. Nunes Pires¹, Raquel Baptista Leite¹, Catarina Moita¹, Ana Sofia R. Silva¹, Violeta Florova²

1- Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho de Alcabideche, ACeS Cascais

2- Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho de Alcabideche, ACeS Cascais

Autor correspondente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4291-3022>

E-mail: joaorpiresmd@gmail.com

Endereço: Rua Rio das Grades, piso 0, Centro de Saúde de Alcabideche, 2645-559 Alcabideche

<https://doi.org/10.58043/rphrc.71>

Resumo

A síndrome de roubo da subclávia resulta da reversão do fluxo na artéria vertebral em consequência de uma estenose/oclusão hemodinamicamente significativa do segmento pré-vertebral da artéria subclávia. É relativamente raro (prevalência europeia estimada de 1.3%), em grande parte devido ao subdiagnóstico. Além das manifestações sensitivo-motoras do membro afetado, as principais complicações incluem insuficiência vertebro-basilar e isquemia cerebral transitória.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 61 anos, aparentemente assintomática, que vem a consulta de vigilância. Por se tratar do primeiro contacto entre médico/doente, é realizada medição da tensão arterial (TA) em ambos os membros superiores (MS), verificando-se diferencial entre o esquerdo (MSE) e o direito (MSD) superior a 15 mmHg (TA MSE 147/94 mmHg e TA MSD 120/83 mmHg), mantido após medições seriadas. Foi também objetivada a ausência de pulsos palpáveis no MSD, palpando-se pulsos radial e umeral amplos, rítmicos e regulares no MSE. Não apresentava outros achados no exame objetivo, nomeadamente ao nível do índice tornozelo-braço ou dos pulsos dos membros inferiores. Referiu ter suspenso a terapêutica anti-hipertensiva há cerca de ano e meio por aparente má tolerância, mas revelando aparente controlo tensional sem qualquer medicação durante as medições tensionais no domicílio, exclusivamente no MSD. Foi reintroduzida terapêutica anti-hipertensiva em monoterapia na dose mínima necessária e solicitada ecografia com estudo doppler arterial dos MS e carotídeo. Posteriormente, objetivou-se uma normalização tensional no MSE com boa tolerabilidade ao anti-hipertensor instituído, embora mantido o diferencial entre membros. Quando novamente questionada sobre sintomatologia prévia, a doente recorda parestesias matinais esporádicas, mas recorrentes e localizadas ao MSD, que associava a compressão durante o sono. Dos exames realizados, foi detetada a “inversão do fluxo na artéria vertebral direita e franca redução do fluxo na artéria subclávia direita, sugestivo de estenose do tronco arterial braquiocéfálico com síndrome do roubo completo da subclávia (...) e presença de insuficiência arterial com curvas velocidade bifásicas em todos os eixos arteriais do MSD”. Foi referenciada a consulta de Cirurgia Vasculiar, onde foi iniciada antiagregação plaquetária e solicitada angio-TC que confirmou o diagnóstico. Por agravamento das parestesias e surgimento de parestesias do mesmo membro, foi proposta para cateterismo, que decorreu sem intercorrências. Após a intervenção, a doente deixou de apresentar sintomas ou diferencial tensional entre MS.

Este caso reforça a importância de uma anamnese completa, sustentada por uma comunicação efetiva, e de um exame objetivo dirigido mas metódico, pilares da semiologia médica, na deteção precoce de entidades nosológicas com potencial impacto na qualidade de vida dos doentes, evitando uma investigação subsequente exaustiva e desnecessária. A escuta ativa e reflexiva do doente sobre a sua condição, queixa ou preocupação conduz a verdadeiras “pistas” para a formulação de hipóteses diagnósticas, espere esse que se estreita quando as melhores práticas de exame objetivo médico são respeitadas.

Palavras-chave:

Hipertensão arterial;
Síndrome de Roubo da Subclávia.

Abstract

Subclavian steal syndrome results from flow's reversal in the vertebral artery as a result of hemodynamically significant stenosis/occlusion of the subclavian artery's prevertebral segment. It is relatively rare (estimated european prevalence 1.3%), largely due to underdiagnosis. In addition to the sensory and motor manifestations of the affected limb, the main complications include vertebrobasilar insufficiency and transient cerebral ischemia.

We present a case of an apparently asymptomatic 61-year-old woman, who came to the surveillance consultation. As this is the first contact between doctor/patient, blood pressure (BP) is measured in both upper extremities (UE), with a difference between the left (LUE) and right (RUE) upper extremities greater than 15 mmHg (BP LUE 147/94 mmHg and BP RUE 120/83 mmHg), maintained after serial measurements. Palpable pulses in the RUE were absent, despite of broad, rhythmic and regular radial and humeral pulses in the LUE. There were no other findings on examination, namely in the ankle-arm index and the pulses of the lower limbs. She reported having suspended the antihypertensive therapy about a year and a half ago due to poor tolerability, but revealing



apparent BP control without any medication during the measurements that she habitually took at home exclusively in the RUE. Monotherapy antihypertensive therapy was reintroduced at the minimum necessary dose and an ultrasound with UE and carotid arterial Doppler study was requested. Subsequently, BP normalization was verified in the LUE with good tolerability to the antihypertensive, but the differential between UE remained. When questioned again about previous symptoms, the patient recalls sporadic morning paresthesias, but recurrent and localized to the RUE, which she associated with compression during sleep. The tests performed detected an “inversion of flow in the right vertebral artery and a marked reduction in flow in the right subclavian artery were detected, suggestive of stenosis of the brachiocephalic arterial trunk with complete subclavian steal syndrome (...) and the presence of arterial insufficiency with velocity curves biphasic in all RUE arterial axes”. She was referred to a Vascular Surgery consultation, where platelet antiaggregation was started and CT angiography was requested, which confirmed the diagnosis. Due to the paresthesias’ worsening and onset of paresis in the same limb, she was proposed for catheterization, which was performed successfully. After the intervention, the patient no longer showed symptoms or BP differential between UE.

This case reinforces the importance of a complete anamnesis, supported by effective communication, and a targeted but meticulous examination, the pillars of medical semiology, for early detection of nosological entities with potential impact on the quality of life of patients, avoiding an exhausting and unnecessary investigation. Active and reflective listening to the patient about his condition, complaint or concern leads to real “clues” for the diagnostic hypotheses, a spectrum that narrows when the best practices related to the medical examination are respected.

Keywords:

Arterial hypertension;
Subclavian Steal
Syndrome.

Introdução

O fenómeno de roubo da subclávia, descrito pela primeira vez por Cantorni em 1960, consiste na reversão do fluxo na artéria vertebral em consequência de uma estenose ou oclusão ipsilateral e hemodinamicamente significativa do segmento pré-vertebral da artéria subclávia que comprometa a perfusão distal da artéria mamária interna, artéria vertebral ou artéria axilar. À medida que o grau de estenose progride, a pressão a jusante vai diminuindo progressivamente até que se torna inferior à pressão transmitida pela artéria vertebral contralateral (não comprometida) através da artéria basilar ou carótida interna (pelo polígono de Willis e artéria basilar), favorecendo o fluxo retrógrado vertebral. Quando esta estenose é superior a 50%, a quase totalidade dos doentes (>90%) terão uma inversão intermitente ou contínua de fluxo na artéria vertebral.¹

É relativamente raro, em grande parte devido ao seu subdiagnóstico, com uma prevalência europeia estimada de 1,3%, embora até um terço dos doentes com doença arterial periférica documentada possam apresentar estenose da subclávia.²⁻⁴ Ocorre mais frequentemente no sexo masculino e na artéria subclávia esquerda (>75%).⁵ A aterosclerose é a causa mais comum deste fenómeno. Outras causas menos frequentes incluem iatrogenia (após intervenção cirúrgica da coartação da aorta ou Tetralogia de Fallot), vasculite de grandes artérias (como Arterite de Takayasu), anormalidades congénitas, entre outras.¹

É frequentemente assintomático, designando-se síndrome do roubo da subclávia quando existem sintomas

de insuficiência arterial, sobretudo durante o exercício físico ou na presença de uma fistula arteriovenosa. Os sintomas mais comuns são claudicação (dor ou fraqueza com o esforço), parestesias, arrefecimento ou palidez do membro superior ipsilateral. Mais raramente, pode estar relacionado com insuficiência vertebro-basilar (perda de equilíbrio, ataxia, tonturas, cefaleia, diplopia, nistagmo, zumbido ou perda da acuidade auditiva) e isquemia cerebral transitória, ou com fenómeno de roubo coronário, em doentes submetidos a revascularização do miocárdio com recurso a enxerto de artéria mamária interna.^{1,2,7}

A ecografia com estudo Doppler parece ser mais sensível do que a angiografia convencional para diagnosticar o fluxo retrógrado na artéria vertebral. Angio-TC ou angio-RMN podem ser úteis no caso da ecografia ser inconclusiva, da etiologia ser incerta ou na preparação da intervenção cirúrgica.¹

A estenose da artéria subclávia, mesmo assintomática, está associada a um aumento de morbimortalidade, sendo considerado um marcador de risco cardiovascular, sobretudo relacionado com a carga de doença aterosclerótica subjacente. Assim, favorece a implementação de medidas de prevenção secundária mais rigorosas, incluindo aspirina, inibidor da enzima de conversão da angiotensina, estatina e beta-bloqueante, conforme necessidade e tolerabilidade.^{1,8} Se diagnosticada de forma acidental, em doente assintomático, raramente requer revascularização. No caso de sintomas ligeiros, habitualmente a terapêutica médica é suficiente para melhoria sintomática. Já na presença de sintomas

moderados-graves, a revascularização é geralmente necessária, via percutânea ou cirúrgica, esta última destinada a lesões mais extensas ou distais. A angioplastia com balão apresenta uma taxa de sucesso acima de 90%, com manutenção de permeabilidade em 5 anos de 85%.⁹ Doentes com contra-indicação para abordagem cirúrgica ou anatomia desfavorável à via percutânea podem ser tratados com terapêutica antiplaquetária e estratégias gerais de prevenção cardiovascular.¹

Descrição do caso

Doente do sexo feminino, 61 anos, leucodérmica, autónoma nas AVD, administrativa. Dos antecedentes pessoais destacam-se: hipertensão arterial essencial estadio I (diagnosticada há 15 anos), diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada, dislipidemia, perturbação depressiva, obesidade grau I. Medicação habitual: telmisartan+hidroclorotiazida 40+12.5mg id, metformina 700mg id, atorvastatina+ezetimiba 40+10mg id, paroxetina 20mg id. Desconhece alergias medicamentosas. Sem hábitos tabágicos, etílicos ou toxifílicos.

Em consulta de rotina, doente apresentava-se assintomática porém, e uma vez que se tratava do primeiro contacto entre médico e doente, na medição da tensão arterial (TA) em ambos os membros superiores (MS) verificou-se um diferencial entre membro superior esquerdo (MSE) e direito (MSD) superior a 15 mmHg (TA MSE 147/94 mmHg e TA MSD 120/83 mmHg), mantido após medições seriadas, e ausência de pulsos palpáveis no MSD, objetivando-se pulsos radial e umeral amplos, rítmicos e regulares no MSE. Sem outros achados ao exame objetivo, nomeadamente alterações tróficas, térmicas ou neurológicas, auscultação cardíaca, axilar e interescapular inocentes, um índice tornozelo-braço de 0,95 e pulsos femorais simétricos, regulares e amplos. Quando informada acerca destes achados, referiu ter suspenso a terapêutica anti-hipertensora há cerca de ano e meio por aparente má tolerância, revelando que era no MSD que fazia habitualmente as medições tensionais no domicílio, o que justificava o aparente controlo tensional sem qualquer medicação. Foi reintroduzida terapêutica anti-hipertensora, com perindopril 5mg id para titulação conforme tolerabilidade, e solicitados tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-

pélvica, ecografia com estudo doppler arterial dos MS, MI e carotídeo, bem como medição ambulatória da TA. Em consulta subsequente de reavaliação, objetivou-se uma normalização tensional no MSE, com boa tolerabilidade, embora mantida a acentuada diferença entre membros (TA MSE 125/87 mmHg e TA MSD 101/65 mmHg). Quando novamente questionada sobre sintomatologia prévia, doente refere parestesias matinais esporádicas mas recorrentes do MSD, que associava a posição que adotava enquanto dormia e recorda episódio há cerca de seis anos de cefaleia, tontura e disartria súbita, que reverteu espontaneamente em menos de 5 minutos, que havia sido diagnosticado como Acidente Isquémico Transitório (AIT). Apresentou relatório de ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) realizada na mesma altura que revelava “discretos focos de hiperintensidade com expressão nas sequências de TR longo dispersos pela substância branca cerebral frontal bilateral justacortical, inespecíficos, de provável natureza vascular isquémica crónica microangiopática, coexistindo discreta alteração de sinal protuberancial posterior bilateral, enquadrável no mesmo contexto”, sem quaisquer outras alterações assinaláveis.

Dos exames realizados, foi detetada a “presença de inversão do fluxo na artéria vertebral direita e franca redução do fluxo na artéria subclávia direita, aspetos sugestivos de estenose do tronco arterial braquiocefálico com síndrome do roubo completo da subclávia; presença de insuficiência arterial no membro superior direito com curvas velocidade bifásicas nas artérias axilar, braquial, radial e cubital direitas.” Não apresentava outras alterações de relevo, nomeadamente vasculares noutros segmentos anatómicos nas TC realizadas.

A doente foi referenciada a Cirurgia Vasculare e cerca de 2 meses depois, teve consulta da especialidade no Hospital de Santa Maria de Lisboa onde referia parestesias cada vez mais recorrentes do MSD associadas agora a palidez e arrefecimento transitórios, tendo sido medicada com ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg id e solicitada angio-TC, que revelou uma “estenose de 70% da subclávia direita desde a origem do tronco arterial braquiocefálico (TABC), com 3 cm de extensão”. Em consulta de reavaliação, a doente mantinha arrefecimento e parestesias do MSD, referindo episódios de claudicação e diminuição de força ipsilaterais – “chego a deixar cair os



sacos de compras mais pesados” (sic). Foi então proposta para recanalização e angioplastia do segmento pré-vertebral da subclávia direita, que realizou sob anestesia geral e por acesso umeral direito cirúrgico e femoral percutâneo direito, com colocação de stent coberto expansível por balão (Atrium Advanta 7x22), insuflado simultaneamente à insuflação de balão na artéria carótida comum e TABC por via femoral para proteção neurológica, tendo o procedimento decorrido sem intercorrências e com confirmação da permeabilidade dos eixos arteriais em angio-TC de controlo pós-operatória. A doente manteve-se hemodinamicamente estável, sem diferencial tensional entre MS, com MSD quente e pulso radial direito palpável, tendo tido alta hospitalar no dia seguinte à intervenção sem quaisquer queixas e ficando medicada com AAS 100mg id e clopidogrel 75mg id durante um período mínimo de 6 meses.

Uma semana depois, em consulta de reavaliação com o Médico assistente, a doente mantinha-se assintomática e apresentava uma TA MSE 133/82 mmHg, TA MSD 133/84 mmHg, bem como pulsos radiais simétricos, rítmicos e regulares.

Comentário/discussão

Este caso reforça a importância de uma anamnese completa, sustentada por uma comunicação efetiva, e de um exame objetivo dirigido mas metucioso, pilares da semiologia médica, na deteção precoce de entidades nosológicas com potencial impacto na qualidade de vida dos doentes, evitando uma investigação subsequente exaustiva e desnecessária.

Neste caso concreto, a medição da TA em ambos os membros, principalmente por se tratar de um primeiro contacto entre médico e doente, revelou-se crucial na identificação de um diferencial tensional significativo que motivou a marcha diagnóstica dirigida.

A doente apresentava um episódio prévio compatível com AIT, corroborado com os aspetos referidos na RM-CE realizada, o que se enquadra numa das principais complicações deste síndrome, resultado do fluxo retrógrado arterial vertebral.

O facto da doente referir intolerância à terapêutica anti-hipertensora instituída na passado, que motivou a descontinuação da mesma por iniciativa própria, sem que daí resultasse destabilização dos valores

tensionais objetivados no domicílio (isto porque o esfigmomanómetro digital era constantemente colocado no MSD) foi também um dado na anamnese que levantou suspeita e consequente investigação, o que reforça a importância de ouvir e registar tudo o que o doente partilha em consulta no que à gestão e seguimento das suas comorbilidades diz respeito.

A escuta ativa e reflexiva do doente sobre a sua condição, queixa ou preocupação conduz a verdadeiras “pistas” para a formulação de hipóteses diagnósticas, espetro esse que se estreita quando as melhores práticas de exame objetivo médico são respeitadas.

Bibliografia

- 1- Potter, B., Pinto, D. Subclavian Steal Syndrome. *Circulation* 2014; 129:2320–2323
- 2- Granito, S., Azevedo, I. Atherosclerosis – apropos of a subclavian steal phenomenon. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* 2011; volume 18, número 1.
- 3- Saha T., Naqvi SY. Subclavian Artery Disease: Diagnosis and Therapy. *The American Journal of Medicine* 2017; 130(4):409.
- 4- Gutierrez GR., Mahrer P. Prevalence of subclavian artery stenosis in patients with peripheral vascular disease. *Angiology* 2001; 52(3):189.
- 5- Labropoulos N., Nandivada P. Prevalence and impact of the subclavian steal syndrome. *Annals of Surgery* 2010; 252(1):166.
- 6- Shadman R., Criqui MH. Subclavian artery stenosis: prevalence, risk factors, and association with cardiovascular diseases. *Journal of the American College of Cardiology* 2004; 44(3):618–23.
- 7- Cua B., Mamdani N. Review of coronary subclavian steal syndrome. *Journal of Cardiology* 2017; 70(5):432.
- 8- Clark, C., Taylor, R. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379:905–914.
- 9- Wang K., Wang Z. Long-term results of endovascular therapy for proximal subclavian arterial obstructive lesions. *Chinese Medical Journal* 2010; 3:45–50.
- 10- Rockman, C. *The Vertebral Artery in the Vascular Lab: What Does It Mean?* New York University Langone Medical Center